ву для положительных изменений с точки зрения снижения риска смерти и сердечно-сосудистых осложнений.

Литература

1. Mancia G et al. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007; 25 (6): 1105–87.

2. Wolf-Maier K et al. Hypertension prevalence a nd blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. JAMA 2003; 289: 2363–9.

3. Lawes C et al. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. Lancet 2008; 371: 1513–8.

4. Lewington S et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002; 360: 1903–13.

Дифференцированный подход к выявлению и лечению билиарных дисфункций в подростковом возрасте в амбулаторных условиях

Мукашева М.Д.
г.Уральск, Городская поликлиника №1

Проблема билиарных дисфункций как составной части функциональной патологии пищеварительного тракта является одной из наиболее актуальных в гастроэнтерологии. Это связано, прежде всего, с трудностями понимания термина «функциональная патология» как такового, его дискутабельности, с отсутствием единых клинических и диагностических критериев, терапевтических подходов [1]. В настоящее время под дисфункциями билиарного тракта понимают нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря, желчных протоков и тонуса сфинктера Одди, приводящие к застою желчи [2]. Нередко дисфункции билиарного тракта возникают у детей с множественными очагами вторичной инфекции, при глистной инвазии, после перенесенного вирусного гепатита, дизентерии, при неправильном режиме дня (малоподвижный образ жизни, переутомление в школе), нарушенном режиме питания (нерегулярные или редкие приемы пищи с большими интервалами), являются следствием невроза, насильственного кормления, конфликтных ситуаций в школе, семье [1, 2, 3].

Дисфункции билиарного тракта, согласно международной классификации, подразделяют на два типа: дисфункцию желчного пузыря и дисфункцию сфинктера Одди. Дисфункция желчного пузыря – это заболевание, в основе которого находится нарушение моторики желчного пузыря без признаков органического поражения (воспаление, камнеобразование). Заболевание носит функциональный характер и зависит от деятельности желчного пузыря и сфинктеров желчевыводящей системы, хотя в последние годы довольно часто отмечают дисфункцию желчного пузыря при неизмененной функции сфинктеров желчной системы. Это происходит в том случае, если нарушение иннервации мышечной стенки желчного пузыря приводит к преобладанию процессов гипомоторной гипокинезии и атонии. При этом объем желчного пузыря значительно увеличивается за счет снижения сократительной функции. Увеличенный, растянутый, переполненный желчный пузырь вызывает появление тупых распирающих болей в области правого подреберья, которые носят практически постоянный характер [1, 2, 5]. Выделяют несколько вариантов нарушения моторной деятельности желчного пузыря и сфинктерного аппарата билиарного тракта: гипотоническую, гипертоническую и гиперкинетическую. У детей с преобладанием тонуса симпатической нервной системы чаще наблюдаются гипомоторные дисфункции билиарного тракта, с преобладанием парасимпатической – гипермоторные.

Причины дискинезии желчновыводящих путей

В основе дискинезии лежит нарушение последовательности сокращения и расслабления жёлчных путей и системы сфинктеров. В зависимости от этиологии выделяют первичные и вторичные дискинезии желчевыводящих путей.

Первичные дискинезии: функциональные заболевания желчевыводящей системы, вызванные расстройством нейрогуморальных регуляторных механизмов. Часто дискинезии возникают у лиц с выраженной конституциональной ваготонией или симпатикотонией; при диетических погрешностях (употребление недоброкачественной, жирной пищи, нерегулярные её приёмы), малоподвижном образе жизни, ожирении.

Вторичные дискинезии возникают при заболеваниях других органов, связанных с жёлчными путями рефлекторными и гуморальными путями.

Дискинезия желчевыводящих путей нередко является следствием и одним из клинических проявлений общего невроза и различных диэнцефальных расстройств.

К развитию дискинезии желчевыводящих путей могут приводить различные эндокринные расстройства (особенно патология щитовидной железы, надпочечников и яичников).

Дискинезия возникает также при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки (хронические гастриты, гастродуодениты, язвенная болезнь), тонкой кишки (энтериты), печени и желчевыводящих путей (гепатиты, холециститы, холангиты). Нередко дискинезия развивается при хронических воспалительных процессах брюшной полости и малого таза (хронический аппендицит, хронический сальпингоофорит и пр.).

Диагностика

При диагностике дисфункции желчного пузыря, согласно Римскому консенсусу III, рекомендуется придерживаться следующих критериев.

Повторяющиеся эпизоды умеренной или выраженной боли, локализованной в эпигастрии или правом подреберье и длящиеся 30 минут и более, по крайней мере, в течение 12 месяцев (боль определяется как умеренная, когда она мешает ежедневной деятельности пациента, и как выраженная, когда требует незамедлительной медицинской консультации или медицинского купирования). Боль может сочетаться с одним или более признаками: а)тошнота, рвота; б)иррадиация болей в спину или правую лопатку; в) возникновение болей после приема пищи; г)возникновение боли ночное время.

Обнаружение при обследовании нарушение функции желчного пузыря

Отсутствие структурных изменений, объясняющих перечисленные симптомы.

Среди инструментальных методов решающее значение имеет ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Оно позволяет выявить нарушения гомогенности жёлчи,

«отключённый» жёлчный пузырь (для дифференциальной диагностики с желчнокаменной болезнью), в 80% случаев даёт информацию об анатомо-топографическом состоянии жёлчного пузыря и в 45% — о состоянии крупных жёлчных протоков.

Под нашим наблюдением находилось 80 подростков с билиарной дисфункцией. Диагноз основывался на результатах клинического обследования больных, лабораторных (биохимический анализ крови) и инструментальных методов исследования (ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы). У пациентов выявлялись сопутствующие заболевания органов пищеварения (гастрит, дуоденит, язвенная болезнь, функциональные нарушения кишечника).

Гипертоническая форма дисфункции была констатирована у 50 подростков (62.5%), гипотоническая форма обнаруживалась у 30 (37,5%). Перегибы желчного пузыря выявлены в 29 случаях (36,2%). Признаки воспаления в желчном пузыре диагностированы в 11 случае (13,7%).

Клинически дисфункции билиарного тракта сопровождались снижением аппетита, нарушением стула (преимущественно запоры), эпизодическими приступами тошноты. У 12 детей этой группы отмечались боли в животе, в основном приступообразного характера, как правило, после приема пищи.

Таблица 1 - Данные УЗИ пациентов с дисфункцией желчного пузыря и билиарного тракта

УЗ-признаки	Число пациентов	% от числа обследуемых (n=80)
Уплотнение стенки ЖП	63	78,7±4,6
Утолщение стенки ЖП	43	53,7±5,6
Деформация шейки ЖП	18	22,5±4,7
Деформация тела ЖП	15	18,7±4,3
Деформ. тела и шейки ЖП	8	10,0±3,3
Негомоген. содержимое ЖП	55	68,7±5,2

Лечение

Рекомендуется диета 5, лечебная физкультура, прием натощак в теплом виде теплых минеральных вод.

Для ликвидации болевого синдрома рекомендуют тепловые процедуры (теплая грелка на область правого подреберья и частично эпигастрия) и спазмолитические средства. С этой целью обычно назначают но-шпу, дюспаталин.

Мы изучили влияние препарата гепабене на функцию желчеобразования и желчевыделения при билиарных дисфункциях у детей. Препарат гепабене назначался в дозе 1 капс. х 3 раза после приема пищи в течение 10–14 дней.

При анализе полученных данных выявлено следующее:

- болевой синдром исчезал на 3–4 сутки от начала приема препарата;
- нормализация стула при склонности к запорам отмечалась на 5–6 сутки от начала приема препарата;
- у 65 подростков (81,2%) со сниженным аппетитом – улучшился аппетит к концу 1–й недели лечения;
- наличие осадка в желчном пузыре отмечалось у 55 (68,7%) пациентов, через 2 недели от начала лечения его исчезновение отмечено у 15 детей (18,7%), что обусловливает необходимость продолжения курса лечения;
- уровень общего билирубина снижался с 14,8±3,8 мкмоль/л до 7,5±2,3 мкмоль/л;
- уровень прямого билирубина снижался с 3,5±1,2 мкмоль/л до полного его исчезновения;
- уровень АЛТ снижался с 25±5,0 МЕ/л до 17,0±2,0 МЕ/л.

Обсуждение

Результаты проведенных исследований показывают, что у подростков с билиарной дисфункцией на фоне лечения с включением в терапевтический комплекс препарата гепабене отмечается клиническое улучшение течения заболевания, сопровождающееся уменьшением болевого синдрома, нормализацией стула, улучшением аппетита, уменьшением размеров печени. Результаты лабораторных исследований свидетельствовали о снижении уровня билирубина и АЛТ в биохимических анализах крови; уменьшении, а в некоторых случаях исчезновении осадка в желчном пузыре.

В процессе лечения подростки хорошо переносили препарат гепабене, аллергических реакций и побочных эффектов обнаружено не было. Однако он не рекомендуется пациентам с болезнью Вильсона–Коновалова в качестве гепатопротекторного средства вследствие накопления меди в расторопше, являющейся составной частью препарата.

Таким образом, растительный препарат гепабене можно рекомендовать для лечения билиарных дисфункций у детей в качестве желчегонного, спазмолитического и гепатопротекторного средства.

Список литературы

1. Валенкевич Л.Н., Яхонтова О.И. Болезни органов пищеварения – руководство по гастроэнтерологии для врачей // Санкт-Петербург, 2006. – 655с.

2. Хавкин А.И., Волынец Г.В., Жихарева Н.С. Лечение билиарных дисфункций у детей // Русский медицинский журнал, www.rmj.ru

3. Охлобыстин А.В. Расстройства моторики желчевыводящих путей: классификация, диагностика и лечение // Русский медицинский журнал, www.rmj.ru

4. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов, том 1 // Москва, 2005. – С. 504-525

5. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения // Москва, 2007. – С.115-140.

6. Вишневская В.В., Лоранская И.Д., Малахова Е.В. Коррекция моторно-двигательных нарушений гастро-дуоденальной зоны // Русский медицинский журнал. – 2007. – том 15, №2

Анализ заболеваемости ОРВИ и гриппом среди сотрудников личного состава МВД г. Астана

Оразбаев С.Т., главный врач

ГУ «Центральный госпиталь с поликлиникой МВД РК», г. Астана

Грипп и острые респираторные заболевания (ОРВИ), на которые в структуре инфекционной заболеваемости приходится 95%, остаются одной из самых актуальных проблем здравоохранения, нанося огромный ущерб здоровью и экономике страны.

Острые респираторные вирусные инфекции занимают ведущее место в структуре заболеваемости сотрудников МВД г. Астаны.

Целью настоящего исследования явился анализ заболеваемости ОРВИ и гриппом среди сотрудников личного состава МВД г. Астаны за 2007-2009 гг.

За 2007 год зарегистрирован 1307 случай ОРВИ (показатель заболеваемости на 100 тысяч населения 166,0), 28 случаев гриппа (показатель заболеваемости на 100